Salud Centro
Red de Salud del Centro E.S.E.

ACTA DE APROBACION DE POLIZAS

ACREDITACION EN SALUD

DE CUMPLIMIENTO Y RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, TOMADAS POR DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.

KELLY JOHANNA ANGULO MARIN, mayor de edad, vecino de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.144.149.503 de Cali (Valle), en calidad de Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Red de Salud del Centro E.S.E., del Municipio de Santiago de Cali, con número de Nit. 805.027.261-3, según Resolución de Nombramiento No. 1-15-107-2025, del 21 de abril de 2025 y Acta de Posesión No. 873 del 02 de mayo de 2025, para dar cumplimiento al numeral 19.2 del artículo 19 del Acuerdo 1.02.086.2024 del 30 de septiembre de 2024, "por el cual se actualiza el Estatuto de Contratación de la Red de Salud del Centro E.S.E., que estipula "**EJECUCIÓN DEL CONTRATO.** Para iniciar la ejecución de los contratos se requiere: "... 19.2 Aprobación de las Garantías, cuando a ello hubiere lugar" y de conformidad con el decreto 1082 de 2015 se permite emitir la:

APROBACIÓN

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO EFICIENTE Y OPORTUNO DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LAS SEDES ASISTENCIALES DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

GARANTIA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO.

Amparos: Cumplimiento y calidad y correcto funcionamiento de los bienes
Póliza No. 45-44-101168683
Anexo No. 0
Por: Seguros del Estado S.A.
NIT: 860.009.578-6

Nombre del Amparo	Porcentaje %	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Suma Asegurada
Cumplimiento	10%	19/08/2025	19/04/2026	$ 11.999.966,50
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes	10%	19/08/2025	19/04/2026	$ 11.999.966,50

GARANTIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DEL CUMPLIMIENTO

Amparos: Predios labores y operaciones, contratistas y subcontratistas y vehículos propios y no propios
Póliza No. 45-40-101102232
Anexo No. 0
Por: Seguros del Estado S.A.
NIT: 860.009.578-6

Nombre del Amparo	Porcentaje %	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Suma Asegurada
Responsabilidad Civil Extracontractual	200 SMMLV	19/08/2025	19/10/2025	$ 284.700.000

Asegurado: **Red de Salud del Centro Empresa Social del Estado**, identificada con Nit. 805.027.261-3.

Que ampara el (la) Contrato de Suministro No. 102.5.4.029.2025.

Conforme a lo anterior, se procedió a verificar la validez de la Garantía Única allegada a través de la página web de Seguros del Estado S.A., la cual se puede observar en el pantallazo de la consulta, conforme a la Circular conjunta No. 001 del 20 de agosto de 2021, expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Agencia Nacional de

ACTA DE APROBACION DE POLIZAS

Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente.

Datos de la póliza

Estado:
Vigente

Número de póliza:
45-44-101168683

Número de anexo:
0

Fecha de expedición:
jueves, 21 de agosto de 2025

Ramo:
CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

Asegurado:
RED DE SALUD DEL CENTRO E S E

Tomador:
DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.

Inicio de vigencia:
martes, 19 de agosto de 2025

Fin vigencia:
domingo, 19 de abril de 2026

Valor total asegurado:
$ 23.999.933,00

Datos de la póliza

Estado:
Vigente

Número de póliza:
45-40-101102232

Número de anexo:
0

Fecha de expedición:
jueves, 21 de agosto de 2025

Ramo:
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Asegurado:
RED DE SALUD DEL CENTRO E S E

Tomador:
DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.

Inicio de vigencia:
martes, 19 de agosto de 2025

Fin vigencia:
domingo, 19 de octubre de 2025

Valor total asegurado:
$ 284.700.000,00

En consecuencia, como Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Red de Salud del Centro E.S.E. y teniendo en cuenta que el Seguro de cumplimiento y calidad y correcto funcionamiento de los bienes y responsabilidad civil extracontractual derivada del cumplimiento, a favor de entidad estatal allegados por la empresa DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S., se encuentran acordes a las garantías solicitadas por la entidad y los montos son suficientes para cubrir los riesgos del citado contrato, se procede a impartir aprobación a las pólizas de Garantía de cumplimiento, con lo cual se reúne el requisito de legalización para iniciar la ejecución del contrato

Dada en el Distrito Especial de Santiago de Cali, a los veintidós (22) días del mes de agosto del año dos mil veinticinco (2025).

KELLY JOHANNA ANGULO MARIN
Jefe Oficina Asesora Jurídica
RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

***Elaboró:** Daniela Restrepo C. – Profesional Administrativo AGESOC.*

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-44-101168683	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
21	08	2025	19	08	2025	00:00	19	04	2026	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.	NIT: 805.031.077-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 13 NO. 68-64	CALI, VALLE	3956108

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
RED DE SALUD DEL CENTRO E S E	NIT: 805.027.261-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CRA 12E NO. 50-18	CALI, VALLE	4411914

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 102.5.4.029.2025, CUYO OBJETO SE REFIERE A: SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO EFICIENTE Y OPORTUNO DE LA ATENCION EN SALUD EN LAS SEDES ASISTENCIALES DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/08/2025	19/04/2026	$11,999,966.50
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	19/08/2025	19/04/2026	$11,999,966.50

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******40,000.00	$ *******8,000.00	$ *******9,120.00	$ **********57,120.00	$ *******23,999,933.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.	954850	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

45-44-101168683

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oleda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-44-101168683	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
21	08	2025	19	08	2025	00:00	19	04	2026	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.	NIT: 805.031.077-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 13 NO. 68-64	CALI, VALLE	3956108

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
RED DE SALUD DEL CENTRO E S E	NIT: 805.027.261-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CRA 12E NO. 50-18	CALI, VALLE	4411914

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB | PSE | MasterCard | VISA | CORRESPONSALES BANCARIOS | SuperINTER | éxito | MOVIRED | SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO - No aplica para transferencias

Bancolombia – Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá – Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******40,000.00	$ *******8,000.00	$ *******9,120.00	$ **********57,120.00	$ *******23,999,933.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.	954850	100.00

DISTRIBUCION CONSEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11011641228985 (3900) 000000057120 (96) 20260819

REFERENCIA PAGO: 1101164122898-5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

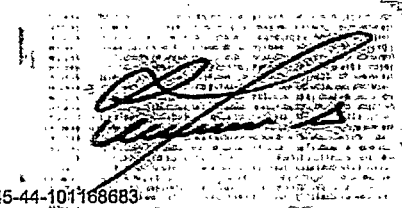
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101168683, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en CALI a los 21 días del mes de AGOSTO de 2025



45-44-101168683

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-40-101102232	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
21	08	2025	19	08	2025	00:00	19	10	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.	NIT: 805.031.077-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 13 NO. 68-64	CALI, VALLE	3956108

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN
RED DE SALUD DEL CENTRO E S E	NIT: 805.027.261-3

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CRA 12E NO. 50-18	CALI, VALLE	4411914

BENEFICIARIO: 805027261 - RED DE SALUD DEL CENTRO E S E

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL TOMADOR/ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE SUMINISTRO No. 102.5.4.029.2025, CUYO OBJETO SE REFIERE A: SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO EFICIENTE Y OPORTUNO DE LA ATENCION EN SALUD EN LAS SEDES ASISTENCIALES DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

ASEGURADO: DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.; SE TENDRA A RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. COMO ASEGURADO ADICIONAL, SIEMPRE Y CUANDO SE LIMITE A LAS INDEMNIZACIONES QUE SE VEA OBLIGADO A PAGAR EN FAVOR DE TERCEROS POR LO DAÑOS CAUSADOS UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL CONTRATISTA DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S. EN ESTE SENTIDO SE EXCLUYE LA R.C. PROPIA E INDEPENDIENTE DE RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS. ADICIONALMENTE, SE TENDRÁ A RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. COMO BENEFICIARIO SI, PARA EFECTOS DEL SINIESTRO, PUEDE SER CONSIDERADO COMO UN TERCERO. EN ESTE SENTIDO, SE EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL.

AMPAROS

RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/08/2025	19/10/2025	$284,700,000.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/08/2025	19/10/2025	$284,700,000.00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/08/2025	19/10/2025	$284,700,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****118,950.00	$ *******3,000.00	$ ******23,170.00	$ **********145,120.00	$ ******284,700,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.	954850	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102232

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	COD.SUC	NO.POLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-40-101102232	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
21	08	2025	19	08	2025	00:00	19	10	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.		NIT: 805.031.077-1
DIRECCION: CL 13 NO. 68-64	**CIUDAD:** CALI, VALLE	**TELEFONO:**	3956108

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	RED DE SALUD DEL CENTRO E S E		NIT: 805.027.261-3
DIRECCIÓN: CRA 12E NO. 50-18	**CIUDAD:** CALI, VALLE	**TELÉFONO:**	4411914

BENEFICIARIO: 805027261 - RED DE SALUD DEL CENTRO E S E

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/08/2025	19/10/2025	$284,700,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/08/2025	19/10/2025	$284,700,000.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	19/08/2025	19/10/2025	$284,700,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-40-101102232

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	CALI	45	45-40-101102232	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
21	08	2025	19	08	2025	00:00	19	10	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
DISTRIBUCIONES OCCIFARMA S.A.S.	NIT: 805.031.077-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 13 NO. 68-64	CALI, VALLE	3956108

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	IDENTIFICACIÓN
RED DE SALUD DEL CENTRO E S E	NIT: 805.027.261-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CRA 12E NO. 50-18	CALI, VALLE	4411914

BENEFICIARIO:

Recuerda que puedas actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opcion PQR y selecciona el tipo de solicitud.
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · PSE · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · éxito · MOVIIRED · Gran Ahorro · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia — Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****118,950.00	$ *******3,000.00	$ ******23,170.00	$ **********145,120.00	$ ******284,700,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.	954850	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11011641229034(3900)000000145120(96)20260819

REFERENCIA PAGO: 1101164122903-4

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE